



REVISIONES Y ACTUALIZACIONES

Manejo del trastorno mental grave en atención primaria

Luz de Myotanh Vázquez Canales

Coordinadora del grupo nacional de Salud Mental semFYC

Doctora en Medicina.

MFyC del CS El Puig, Valencia.

Víctor Expósito Duque

Miembro del grupo nacional de Salud Mental semFYC

R4 MFyC del CS Úbeda, Jaén.

Citar como: Vázquez Canales LM, Expósito Duque V. Manejo del trastorno mental grave en atención primaria. fml. 2022; 27 (1): 13p

Introducción

La peor parte de tener una enfermedad mental es que la gente espera que te comportes como si no la tuvieras. Joker (2019)

La enfermedad mental (EM) ha venido marcada a través de la historia por la ignorancia y el miedo, siendo las personas con frecuencia objeto de abandono, exclusión social o persecución^(1,2). El estigma y la discriminación social siguen siendo obstáculos heredados, que en ocasiones impiden un abordaje normalizado. Para ofrecer una visión general de la dimensión del problema, según estimaciones recientes en población general, 1 de cada 4 personas experimenta un trastorno mental común y entre el 0,5 y el 1% un trastorno mental grave^(1,3-5).

El informe de datos clínicos de Atención Primaria⁽⁶⁾ muestra que la prevalencia de estas enfermedades en nuestro medio es muy variable siendo la depresión la más frecuente (Tabla 1).

A lo largo de la vida, las personas sufren adversidades con un impacto acumulativo y sinérgico que se dan más frecuentemente en contextos de desigualdad y otras formas de privación, discriminación, marginación e injusticia social. Esto conlleva a un incremento de la

probabilidad de experimentar sufrimiento emocional y activar conductas problemáticas o perturbadoras⁽⁷⁾.

Enfermedad	Prevalencia
Trastornos de personalidad	12%
Trastorno obsesivo compulsivo	0.2%
Esquizofrenia	2% Mujeres 4% Hombres
Trastorno Bipolar	7.2%
Depresión	23% Hombres 54% Mujeres
Ansiedad	88.4% Mujeres 43% Hombres

Tabla 1. Tabla de elaboración propia con datos obtenidos de la base de datos clínicos de Atención Primaria (BDCAP)⁽⁶⁾.

En ocasiones, esto supone una ruptura del proceso adaptativo de la persona, expresada con anomalías en el pensamiento, la emoción y el comportamiento, produciendo angustia, dolor o discapacidad del funcionamiento⁽⁸⁾. Se habla

entonces de personas con Problemas de Salud Mental Grave (PSMG) o Trastorno Mental Grave (TMG). Existen diferentes entidades clínicas que pueden llevar a esta situación de discapacidad compleja con sintomatología psicótica o presicótica. La definición se centra especialmente en la repercusión que esta sintomatología tiene en diferentes ámbitos y no tanto a la entidad clínica concreta. Incluye por lo tanto una amalgama de códigos del CIE-10 (Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos afectivos, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos de la personalidad) que por sus características y/o intensidad pueden precisar un abordaje multidisciplinar, intersectorial, continuado y cuándo se prevé una evolución prolongada en el tiempo. Se debe sospechar un TMG si la persona presenta varios de los siguientes componentes (5,9,10):

- Se prevé una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro cognitivo progresivo y marcado en los 6 últimos meses con alto riesgo de cronificación.
- Presentan problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Discapacidad/es frente a aspectos de la vida diaria, sociales y laborales que no forman parte de la enfermedad en sí misma, pero aparecen como consecuencia de padecerla. Serían: la autonomía; la economía; las relaciones sociales y afectivas; la capacidad para resolver problemas y las discapacidades cognitivas, intelectuales e instrumentales entre otras.
- Se suele considerar como criterio de afectación de la dimensión de funcionalidad una puntuación menor de 50 en la Escala de evaluación de la Actividad Global (EEAG)⁽¹¹⁾.
- Pueden presentar consumo de sustancias psicotrópicas.
- Su patología puede suponer un riesgo para su vida.
- Para realizar un abordaje de su patología y situación personal, es necesario la

implicación de dispositivos de tipo sanitario, sociosanitario y social.

- Cumplen criterios de alguno de los siguientes códigos CIE-10: F20.x, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30 (F30.13 y F30.2), F31, F32 (F32.2 y F32.3), F33 (F33.2 y F33.3), F60 (F60.0, F60.1, F60.3) y F42.
- Ha tenido 1 o más ingresos hospitalarios por motivo psiquiátrico en los últimos 2 años, o algún ingreso prolongado en alguna ocasión.

En nuestro medio, estas enfermedades toman especial relevancia por el grado de discapacidad, el consumo de recursos, la falta de empleo y medios económicos, lo que conlleva a la dependencia de subsidios, generalmente, insuficientes⁽¹²⁾. La carga de enfermedad global en España en el año 2015 mostraba que las enfermedades mentales y de comportamiento representaba el 10,5%, siendo más alta en mujeres que en hombres. De todos los TMG, la depresión unipolar es la que más años de vida perdidos por discapacidad presenta, ocupando la 5º posición en el ranking global de enfermedades específicas⁽¹³⁾.

Así mismo, cobra especial relevancia que, además del grado de discapacidad, presentan una probabilidad de muerte prematura un 40%-60% superior a la población general, debido principalmente a problemas de salud física y al suicidio⁽⁵⁾.

Determinantes sociales en Salud Mental y pacientes vulnerables.

Por vulnerable se entiende aquella persona que puede ser herida o recibir una lesión física o moral (RAE). En el colectivo de personas vulnerables existen determinantes sociales que influyen de manera individual o conjunta en cómo enferman y evolucionan determinados grupos de enfermedades.

En el caso concreto del TMG se puede observar cómo hay determinados colectivos en los que la confluencia de varios factores de estrés social desempeña un papel importante en la etiología y en el curso de la enfermedad mental. Así pues, se

observa que las tasas más elevadas de TMG se encuentran entre aquellas poblaciones en las que existen rentas bajas, elevadas tasas de desempleo, educación limitada, bajo apoyo social, barrios pobres y sexo femenino, entre otros⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ (Tabla 2).

La mejora en la situación económica de las personas, de sus barrios y evitar el aislamiento social han demostrado mejorar la salud mental. Por todo ello, se debería tener en cuenta a la hora de elaborar políticas e intervenciones destinadas a su mejora para revertir la Ley de Cuidados Inversos⁽¹⁴⁾.

Tabla 2. Tabla modificada de las condiciones que influyen en la vulnerabilidad y sus colectivos^(5,16,27).

Condiciones de vulnerabilidad	Población afectada
Edad y sexo	Mujeres y víctimas de violencia de género Población Infanto-Juvenil.
Etnia	Inmigración y grupos minoritarios.
Antecedentes de enfermedades físicas y psíquicas	Consumo de sustancias. Discapacidad intelectual.
Condiciones económicas y sociales	Pobreza y desempleo. Barrios en los que habitan.
Eventos traumáticos	Población afectada por desastres naturales y epidemias.
Institucionalización	Presos, personas sin hogar, residencias de mayores.

Entrevista clínica

La entrevista clínica es la principal herramienta diagnóstica y terapéutica en Salud Mental. Son funciones de la entrevista clínica: obtener información fiable para conocer el problema, acordar posibilidades terapéuticas, acompañar, aliviar el sufrimiento, construir la relación clínica y cuidar al profesional frente al desgaste⁽¹⁷⁾.

Durante la entrevista con personas con TMG es importante incluir la valoración del funcionamiento social y la evolución. La exploración psicopatológica pretende evaluar diferentes aspectos de la persona a través de la entrevista clínica de forma más o menos estructurada.

Como parte de la detección es clave realizar una valoración clínica y exploración que descarte trastornos orgánicos y tratamientos farmacológicos que pudieran propiciar el cuadro, una valoración personal, familiar y social (análisis y detección de las situaciones o problemas de salud actuales, de las necesidades individuales o familiares y el riesgo social). Se debe fomentar un enfoque colaborativo que apoye tanto a los pacientes como a los cuidadores, y respete sus

necesidades individuales y su interdependencia. Si se detecta situación de incapacidad de hecho se debe registrar en la historia, así como los datos del/la cuidador/a principal.

Diagnóstico diferencial

La experiencia y expresión del sufrimiento emocional difiere de unos individuos a otros. La psiquiatría ha dividido clásicamente estas expresiones o comportamientos perturbados o perturbadores en diferentes categorías como la psicosis y los trastornos del estado de ánimo.

a. Psicosis

Los trastornos incluidos en esta categoría son la esquizofrenia, trastorno delirante, el trastorno psicótico breve, el trastorno de personalidad esquizotípico y esquizofreniforme. Desde Atención Primaria se deberían identificar los síntomas clave en los trastornos psicóticos y no tanto los criterios que definen cada una de estas entidades. Los dominios que suelen estar afectados son:

Síntomas positivos

- o Delirios. Son creencias fijas que el propio paciente asume con gran convicción y no son susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra. Su contenido es variado y según la temática se pueden encontrar: los persecutorios, de referencia, de grandeza, los erotomaniacos, los nihilistas y los somáticos.
- o Alucinaciones. Son percepciones que tienen lugar sin que haya un estímulo externo. Son vividas como reales y no son de carácter voluntario. Las auditivas suelen ser las más frecuentes. En algunas culturas pueden formar parte de actos religiosos considerándose como normales.
- o Pensamiento o discurso desorganizado. El paciente cambia de un tema a otro sin estar relacionados entre sí.
- o Comportamiento motor desorganizado. Puede ir de un comportamiento motor anómalo que impida llevar ciertas actividades de la vida cotidiana hasta la catatonía (mutismo, estupor o negativismo)

Síntomas negativos

- Expresión emotiva disminuida. Es una disminución de la expresión de las emociones mediante la expresión física (cara, contacto ocular, entonación del habla)
- Abulia. Falta de motivación para realizar actividades.
- Alogia. Es una reducción del habla.
- Anhedonia. Disminución de la capacidad para sentir placer
- Asocialidad. Falta de interés por tener contactos sociales.

Síntomas afectivos (ver en trastornos del estado de ánimo).

Sentimiento de amenaza: los pacientes psicóticos se caracterizan en ocasiones por una percepción del mundo exterior como hostil que les puede hacer defenderse desde la perplejidad de atribuir sus propias emociones a algo externo. Se considera una actitud amenazadora física o verbal aquella que pone en riesgo la integridad del paciente y de su entorno. Este tipo de síntomas

se suelen encontrar en las fases agudas de un brote psicótico y se manifiesta en forma de agitación psicomotriz ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Según el predominio de cada uno de los síntomas y el tiempo de evolución se podrá establecer el diagnóstico de los distintos trastornos psicóticos (figura 1, ver al final del documento). Dentro de los posibles cuadros psicóticos se encuentran:

- Esquizofrenia. Aparición de síntomas positivos, negativos, sentimiento de amenaza y afectivos de más de 6 meses de evolución pudiendo provocar un deterioro funcional de la persona.
- Trastorno esquizofreniforme. Síntomas como en la esquizofrenia pero de menos de 6 meses de evolución.
- Trastorno esquizoafectivo. Presenta una mezcla de síntomas positivos y afectivos.
- Trastorno psicótico breve. Aparición de síntomas positivos de menos de 1 mes de evolución.
- Trastorno delirante. El síntoma central es el delirio pero pueden aparecer alucinaciones entorno al delirio. El funcionamiento de la persona suele estar conservado.

Todos ellos tienen en común que se excluyen las causas orgánicas y el consumo de sustancias como desencadenante de los mismos.

b. Trastornos del estado de ánimo

Se caracterizan por alteraciones emocionales que consisten en períodos más o menos prolongados de tristeza intensa o de euforia o exaltación excesivas que condicionan una afectación sostenida de la calidad de vida de la persona y su entorno incapacitándola para llevar una vida normal a nivel físico, social y/o laboral. Incluye principalmente el Trastorno Depresivo Mayor, y el Trastorno Bipolar.

- Trastorno Depresivo Mayor (con o sin síntomas psicóticos). Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y que debe estar presente casi todos los días en un periodo mayor

de 2 semanas. Se debe acompañar de otros síntomas como alteraciones del peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, capacidad disminuida para pensar o concentrarse y/o pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Si aparecen síntomas psicóticos estos serán congruentes con el estado de ánimo como delirios de ruina, culpa o enfermedad.

- Episodio maníaco (con o sin síntomas psicóticos). Se define como un estado de ánimo expansivo o irritable persistentemente alterado por periodos, de al menos, una semana de duración con aumento de energía o actividad y que cursan además con al menos 3 de los siguientes síntomas:

- Autoestima inflada o megalomanía.
- Disminución de la necesidad de sueño.
- Mayor locuacidad.
- Fuga de ideas o pensamientos acelerados.
- Distracción.
- Aumento de la actividad dirigida por objetivos.
- Excesiva participación en actividades con alto riesgo de consecuencias graves como compras compulsivas, inversiones financieras, promiscuidad o apuestas.

Estas alteraciones causan un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral (si no es el caso estaríamos ante episodios hipomaniacos) y no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, un medicamento u otra afección médica. En ocasiones pueden aparecer síntomas psicóticos que serán congruentes con el estado de ánimo como ideas delirantes megalomaniacas o mesiánicas.

c. Otros trastornos

- Los trastornos de personalidad (TP). Se caracterizan por la existencia de patrones de pensamiento, percepción, reacción y relación estables a lo largo del tiempo y que provocan una angustia o un deterioro funcional significativo. Dentro de estos el TP Paranoide se caracterizaría por la actitud de desconfianza o sospecha, el TP Esquizoide por una marcada falta de interés por el resto de la gente y el TP Límite por un miedo constante al abandono con intolerancia a la soledad y desregulación emocional con problemas del control de impulsos.
- En el Trastorno Obsesivo Compulsivo existen pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes persistentes y no deseados (obsesiones) que obligan al sujeto a determinadas conductas o actos repetitivos para disminuir o evitar la ansiedad que provocan (compulsiones).

Criterios de derivación

Los criterios de derivación desde AP ante un TMG:

- Pacientes con angustia, disminución en el funcionamiento social y síntomas psicóticos transitorios o atenuados.
- Sospecha de un trastorno bipolar.
- Familiar de primer grado con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia.
- Mala respuesta al tratamiento.
- Falta de adherencia a la medicación.
- Efectos secundarios intolerables de la medicación.
- Abuso de sustancias.
- Riesgo para sí mismo o para otros.
- Por deseo expreso del usuario.
- Declive funcional significativo.

- Deseo de abandonar la medicación tras un periodo estable.
- Si se trata de una mujer con trastorno bipolar que esté embarazada o con deseos de embarazo.

El tratamiento como un proceso asistencial integrado

En el abordaje del TMG, se requiere de un proceso asistencial integrado encaminado a ofrecer una atención sanitaria y social integrada e integral y además de índole multidisciplinar. En las Unidades de Salud Mental se suelen integrar en programas específicos según su patología. Cada uno de estos programas son muy variables según la comunidad autónoma y los recursos de los que disponga. Normalmente, se suele diseñar un Plan de Atención Individual (PAI) consensuado con la familia, el paciente y el terapeuta y que incluya las necesidades sanitarias (tratamientos) y sociales siempre y cuando se garantice la autonomía de los pacientes. Así pues se puede diferenciar.

a. Tratamiento no farmacológico.

En el proceso terapéutico es clave el fomento de la participación y autonomía a través de espacios comunitarios. Desde una perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud se debe asegurar que existan las condiciones materiales y sociales que permitan una vida digna.

El enfoque comunitario de la salud mental y las redes de apoyo de estos colectivos juegan un papel protector en la prevención de la enfermedad. En palabras de Saraceno, "la dimensión social de la enfermedad mental debe ser un componente intrínseco de la intervención y no solo una concesión en el modelado etiológico"⁽²¹⁾.

Desde el sistema sanitario se debe de fomentar la aplicación de un enfoque más salutogénico y no tan biomédico. La participación comunitaria debería verse como un fin que promueve el bienestar y el apoyo social, y no únicamente como un medio terapéutico o rehabilitador. Esto implica, necesariamente que, aunque los profesionales estén involucrados, los movimientos deben ser liderados por los

usuarios. El papel profesional será propiciar que el abordaje principal del malestar subjetivo y la conducta diferente sea desde la contención de pares, fomentando el autocuidado, la reconstrucción del lazo social y la asunción colectiva de problemáticas compartidas.

Este tipo de abordajes parten de la aceptación de la diferencia y la eliminación de los estigmas sociales. Además de facilitar la participación y la autonomía contribuyendo a eliminar gran parte del peso de la enfermedad derivado del estigma y la incapacidad.

En el informe La paradoja preámbulo comunitario /presupuesto hospitalario de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, explican cómo las acciones comunitarias están en peligro por la escasa financiación y dotación de recursos añadido a las lógicas del reduccionismo biológico. Esto lleva a simplificar sufrimientos complejos en categorías diagnósticas y tratamientos farmacológicos que pretenden falsamente actuar sobre la etiología. Este documento propone la longitudinalidad y la continuidad asistencial entre la Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental como el único camino para brindar una atención que no medicalice ni sobrepatalogice el sufrimiento contando con otros actores clave como asociaciones de pacientes⁽²²⁾.

Un ejemplo real de participación comunitaria en contextos diferentes al sanitario es el de Radio Nikosia (<https://radionikosia.org>), con valores como la horizontalidad, que generan procesos de confianza, reconocimiento, alegría, apoyo social y salud⁽²³⁾.

Como médicos de familias y comunidades se pretende aplicar un enfoque múltiple en el que, sin abandonar la puesta a disposición del individuo de recursos para sobreponerse a su angustia o sufrimiento, se destinan esfuerzos a tratar a la comunidad, es decir, a disminuir el estigma y mejorar la acogida. Esto es, superar la visión distorsionada de la salud mental implicando a los pacientes y profesionales en comunidades que acepten la diferencia.

Los pacientes con TMG tienen una esperanza de vida reducida que se explica en parte por la alta comorbilidad en procesos físicos, efectos secundarios de la medicación y la alta incidencia de FRCV por el síndrome metabólico y el consumo de sustancias, entre ellas el

tabaquismo. Por lo tanto, se debe promover a través de entrevistas motivacionales un estilo de vida activo con ejercicio físico regular y una dieta apropiada actuando sobre factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo o el consumo de tabaco y alcohol.

b) Tratamiento farmacológico.

La mayoría de las personas con PSMG tienen prescrito como base de su tratamiento farmacológico perteneciente a alguno de estos cuatro grupos farmacológicos: antidepresivos, antipsicóticos y/o estabilizadores del ánimo, además de las benzodiazepinas que no se abordarán en este artículo. Es por ello que en este perfil de pacientes existe una tendencia a la polifarmacia, hecho que es recomendable evitar a excepción de los periodos de transición en los que existan cambios o ajustes en la medicación. En la elección de cualquier psicofármaco debería de existir una toma de decisión compartida entre el paciente y el profesional. Por ello, es importante ofrecer información y discutir las posibilidades terapéuticas y los posibles efectos secundarios. A continuación, se exponen los principales psicofármacos teniendo en cuenta sus efectos secundarios y algunas peculiaridades en su uso.

Antipsicóticos. La introducción de antipsicóticos debería ser realizada por psiquiatras y evitarse desde AP en aquellos pacientes con síntomas psicóticos iniciales ⁽²⁴⁾. Pero no por ello, no se deben conocer su uso y los posibles efectos secundarios (tabla 3).

Antidepresivos. Su uso está indicado para el manejo de los síntomas afectivos. Se recomienda como tratamiento inicial el uso de un ISRS dado que tiene una buena efectividad y una relación riesgo-beneficio favorable. No se puede menospreciar el riesgo de toxicidad en caso de sobredosis en aquellos pacientes con riesgo elevado de suicidio. Los tricíclicos y la venlafaxina es donde más riesgo de toxicidad existe (tabla 4).

Euteimizantes o estabilizadores del ánimo. Se trata de un grupo farmacológico utilizado para el tratamiento de la enfermedad bipolar y en las fluctuaciones de algunos trastornos limítrofes de la personalidad. Algunos estudios informan que sirven para el control de la ideación suicida en ambos tipos de trastorno⁽²⁵⁾. En relación a su uso en el entorno de Atención Primaria se recomienda no introducir ninguno de estos fármacos y derivar

a un segundo nivel asistencial ⁽²⁶⁾. Dentro de este grupo se diferencian el litio y los fármacos anticonvulsivantes, se comentarán los más usados (tabla 5).

Seguimiento y coordinación desde la consulta AP del paciente.

El seguimiento de los pacientes con TMG será siempre conjunto entre los equipos de Atención Primaria y Salud Mental. Las personas afectadas deben recibir la misma atención sanitaria que la población general y se deberá de individualizar en base a sus patologías orgánicas, las comorbilidades derivadas de la enfermedad mental y la propia enfermedad mental. Las guías NICE proponen que desde Atención Primaria se debería hacer un seguimiento anual y más a menudo si existe una demanda por parte del paciente o los cuidadores^(24,26). Para ello se plantea el siguiente checklist a tener en cuenta para el seguimiento del paciente con TMG en las consultas (tabla 6).

Lecturas recomendadas

- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society.
- La Asociación Británica de Psicología ofrece en este texto resumido un nuevo marco sobre el origen y mantenimiento del sufrimiento aportando herramientas útiles para el médico de familia que eviten el enfoque medicalizador y diagnóstico. Existe una traducción al español publicada por la Asociación Española de neuropsiquiatría disponible en su página web: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- Balius F, Pellejer M. Desmesuras: Una historia cotidiana de locura en la ciudad. Ediciones bellaterra. Barcelona, España; 2019.
- Cómic biográfico escrito en primera persona que permite de forma narrativa entender los condicionantes sociales de la locura, algunos

de los problemas que el protagonista afronta en su vida, así como sus principales activos en salud.

- Erro Pérez F. Saldremos de esta: guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis. Primera Vocal y Biblioteca social hnos. Quero; 2016. 76 p. Available from: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/saldremos-de-esta_javier-erro.pdf
- Guía con recursos prácticos para familiares, allegados y personas con experiencia propia para responder a las necesidades de una manera colectiva, alejada de los individualismos y poniendo el foco en recursos como los pactos de cuidado, los grupos de apoyo mutuo o el acompañamiento.

Bibliografía

1. Javier Almazán Isla, Manuel Arrojo Romero, Miquel Bernardo Arroyo, Antonio Bulbena Vilarrasa, Jesús de Pedro Cuesta, Rafael Fernández-Cuenca, et al. Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica. Madrid, España; 2017.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. 1 edición. México DF, México: Fondo de Cultura Económica; 1967.
3. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009 Dec; 119(1-3):52-8.
4. Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al. Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Rev Psiquiatr y Salud Ment - J Psychiatry Ment Heal*. 2014 Oct; 7(4):195-207.
5. Del Río Noriega F (Coordinador), Castellano Ramírez J, Fernández Burgos F, Fernández Gutiérrez B, Guerra Arévalo J, Huizing E, et al. Proceso Asistencial Integrado: Trastorno Mental Grave. 2nd ed. Consejería de Salud y Familias, editor. Sevilla, España; 2020. 1-135 p.
6. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. BDCAP-Series 2. Madrid, España; 2020 Dec.
7. L Johnstone, M Boyle, J cromby, J Dillon, D Harper, P Kinderman, et al. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada. Leicester: British Psychological Society; 2018. 1-140 p.
8. National Library of Medicine. Buscador MeSH: Mental disorders.
9. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunidad Valenciana. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE 2018-2022. 2018.
10. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Proceso Asistencial Integrado de Salud Mental de Castilla-La Mancha (PAISM): Trastorno Mental Grave. 2012.
11. Martínez Azumendi O. Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada. Bilbao: OMEAEN; 2004.
12. del Cura Bilbao A, Sandin Vázquez M. Activos para la salud y calidad de vida en personas diagnosticadas de enfermedad mental grave. *Gac Sanit*. 2020 May;
13. Country Profiles | Institute for Health Metrics and Evaluation. 2017.
14. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. *Eur J Psychiat*. 2016; 30: 259-92.
15. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020 Jan; 34: 61-7.
16. Risks to mental health : an overview of vulnerabilities and risk factors. Geneva; 2012.
17. Prieto Ochoa J, Fernández Muro M, Gutiérrez Pascual P. Entrevista clínica en salud mental para Atención Primaria. *AMF - SEMFyC*. 2015; 11(5): 304-10.
18. Lagares Roibas A, Prieto Madrazo Á, Siguín Gómez R, Valle J. Recomendaciones Farmacoterapéuticas en Recomendaciones Terapéuticas para el Manejo de la Agresividad. *Recom Farm Cons Sanid y Consum Comunidad Madrid*. 2004;
19. Téllez Lapeira J, Villena Ferrer A, Morena Rayo, S P, ascual Pascual P, López García C. El paciente agitado. *Fisterra.com*. 2018;
20. Galián Muñoz I, Díaz Sánchez C, De Concepción Salesa A, Martínez Serrano J. Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. 2011.

21. Saraceno B. Mental health: scarce resources need new paradigms. World Psychiatry. 2004 Feb; 3(1): 3–5.

22. Asociación Madrileña de Neuropsiquiatría. La paradoja preámbulo comunitario / dotación hospitalaria. La pandemia por COVID-19 y la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid. Análisis de Situación y propuestas. Madrid, España; 2021.

23. Fernández A, Serra L, Grup de Dones de Radio Nikosia. Vida comunitaria para todas: salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020 Jan; 34: 34–8.

24. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE; 2014. p. 1–39.

25. Carlos Martínez-Aguayo J, Silva H, Arancibia M, Angulo C. Psicofarmacología del suicidio II parte: Estabilizadores del ánimo y suicidio Mood stabilizers and suicide. Part II. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2016; 54(1): 41–51.

26. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. NICE; 2014.

27. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso M del C, Tizón García JL, Grupo de Salud Mental del PAPPS. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. Atención Primaria. 2020; 52: 92–113.

28. Stahl S. Antipsychotics. Institute NE, editor. Cambridge; 2010.

29. Trabajo G de, SemFYC de SM de la. Uso clínico de los psicofármacos en Atención Primaria. 2012. 237 p.

30. Stahl S. Guía del prescriptor. Institute NE, editor. Cambridge; 2018.

Figuras y tablas

Figura 1. Tabla de elaboración propia con datos obtenidos del DSM-V.

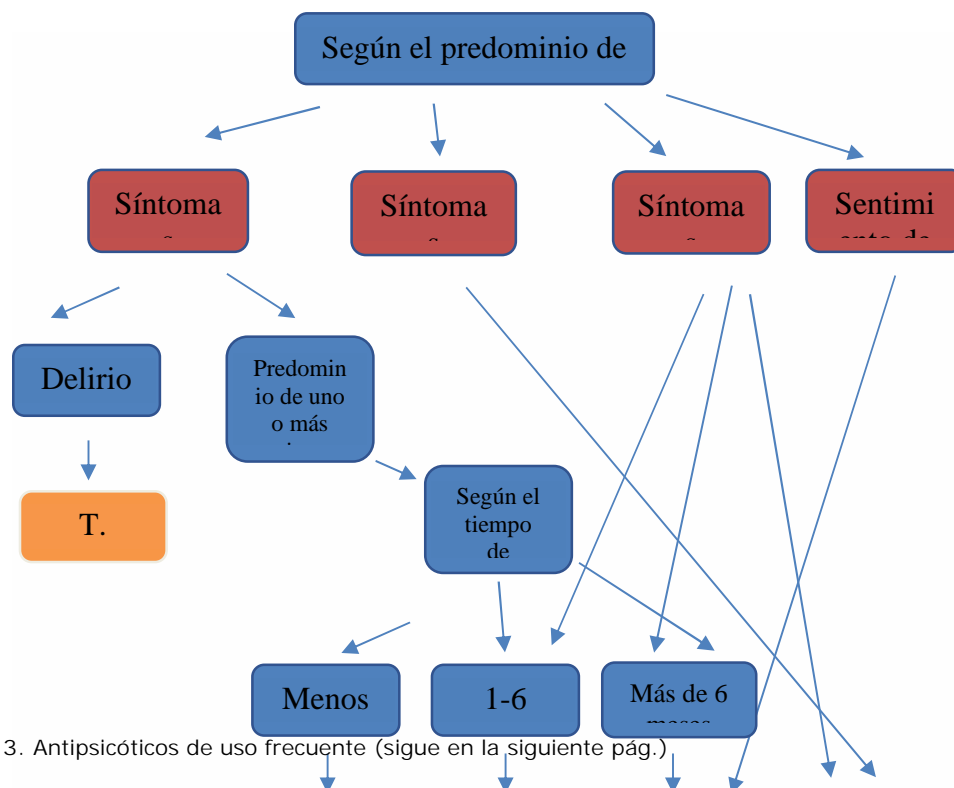


Tabla 3. Antipsicóticos de uso frecuente (sigue en la siguiente pág.)

	Fármaco	T.	Principales inconvenientes	Esquizofr	Consejos y perlas
Antipsicóticos típicos	Haloperidol	Síntomas extrapiramidales	Esquizofren	Síntomas conductuales en el anciano.	

	Levomepromacina Sinogan®	Sedación, hipotensión	Tratamiento de la fase aguda de las psicosis. Alivio de los síntomas positivos en fase de agitación.
	Clorpromacina Largactil®	Somnolencia, agitación, síntomas extrapiramidales, síntomas colinérgicos	Uso en estados de agitación psicomotriz.
Antipsicóticos atípicos	Amisulprida	Aumento de peso. Hiperprolactinemia. Extrapiramidalismos. Prolongación del QT dosis dependiente. Aumento del efecto de los antihipertensivos. Amenorrea.	Eficacia en pacientes con síntomas negativos ya que a dosis bajas es activante.
	Aripiprazol Abilify®	Riesgo de muerte aumentando en ancianos. Hipotensión ortostática.	Poca ganancia de peso. No hay riesgo de diabetes o dislipemia. Perfil de tolerancia favorable. Puede ser activador.
	Clozapina Nemea® Leponex®	Agranulocitosis Hiperglucemia y cetoacidosis Ganancia de peso Sedación Epilepsia Miocarditis Riesgo de muerte en ancianos Rápida discontinuación puede producir un brote psicótico	Reduce el suicidio en la esquizofrenia Potencialmente eficaz en el inicio temprano de la esquizofrenia resistente.
	Paliperidona Xeplion®	Poco usual la ganancia de peso. Prolongación del QT Síncope Acatisia Hiperprolactinemia Riesgo de extrapiramidalismos dosis dependiente	Beneficioso en pacientes con problemas hepáticos o en tratamientos con antidepresivos. Eficaz en niños y adolescentes.
	Olanzapina Zyprexa® Zolafren®	Síndrome metabólico asociado a ganancia de peso. Hiperglucemia y cetoacidosis. Riesgo de muerte aumentado en ancianos. Aumento del efecto de los antihipertensivos.	Dosis por encima de 15mg/día son útiles para pacientes agudos/agitados. Rápido comienzo de acción sin aumento gradual.
	Risperidona Risperdal®	Parkinsonismo Hiperprolactinemia Sedación Ganancia de peso Aumenta el efecto de los antihipertensivos	Buen tratamiento para la agitación en ancianos y síntomas conductuales en niños. Menor ganancia de peso que otros fármacos.
	Quetiapina	Ganancia de peso. Aumento de sedación. Aumento de riesgo de diabetes y dislipemia.	Con dosis bajas puede ser sedante. No tiene efectos secundarios motores.

*Tabla de elaboración propia con información extraída de: Antipsicóticos. Stahl Ilustrados y la Agencia Española del Medicamento ⁽²⁸⁾.

Tabla 4. Antidepresivos.

	IMAOs	Tricíclicos (ATC)	ISRS	Nuevos antidepresivos
Uso	Son fármacos de 2º elección ante la falta de respuesta de los ISRS y los ATC.	Son fármacos de 2º elección.	Son fármacos de 1º elección por la menor incidencia en efectos secundarios y mayor	Son fármacos de 2º elección en los que se

	Ansiedad, depresión atípica y fobias.	Depresión mayor y su tratamiento profiláctico.	facilidad de manejo y dosificación. Depresión, ansiedad y fobias.	justifica su uso ante fracaso terapéutico de los anteriores.
Efectos secundarios	Hipotensión ortostática, insomnio, aumento de peso, disfunción sexual, efectos digestivos y potenciación de antidiabéticos.	Sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, glaucoma de ángulo cerrado, síndrome anticolinérgico, sedación, hipotensión, convulsiones. alteración en la conducción cardiaca.	Efectos digestivos, ansiedad, aumento de peso ,efectos sobre el sistema nervioso, hiponatremia, disfunción sexual, convulsiones, descenso de la glucemia, glaucoma, hemorragias cutáneas, síndrome serotoninérgico, prolongación del QT.	Disfunción sexual, efectos gastrointestinales, sedación, somnolencia, efectos vegetativos y aumento de peso.

**Tabla de elaboración propia basada en el documento de Guía Uso Clínico de los psicofármacos en Atención Primaria. semFYC, Barcelona, 2012 (29) .*

Tabla 5. Eutimizantes (sigue en la siguiente pág.)

Fármaco	Principales inconvenientes	Consejos y perlas	Control
Carbonato de litio	Trastornos digestivos Bocio e hipotiroidismo Trastornos del SNC Diabetes insípida Aumento de peso Nefrotoxicidad	El inicio precoz ofrece una buena respuesta a los síntomas. Control de la ideación suicida. No produce adicción.	Requiere control de niveles plasmáticos, función renal, tiroides, glucemia, hemograma, perfil lipídico y ECG en mayores de 50 años.
Ácido Valproico	Hepatotoxicidad Teratogenia SOP Aumento de peso Trastornos del SNC Discrasias sanguíneas Insulinorresistencia Dislipemia	Evitar su uso en mujeres en edad fértil con deseo de gestación. No produce adicción. El de uso más frecuente.	Requiere control de niveles plasmáticos, hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, b-hcg.
Carbamazepina	Trastornos del SNC Trastornos digestivos SIADH Leucopenia transitoria Aplasia medular Reacciones dermatológicas graves	Es un fármaco de segunda elección. Evitar en mujeres en edad fértil.	B-hcg, perfil hepático Hemograma, función renal, perfil tiroideo.
Lamotrigina	Trastorno del SNC Rash cutáneo Reacción dermatológicas severas Trastornos digestivos	Tratamiento de mantenimiento del t. bipolar. La discontinuación brusca puede producir un reacción cutánea	No requiere
Topiramato	Oligohidrosis T. del estado de ánimo Ansiedad Ideación suicida Nefrolitiasis	Su uso como estabilizador está fuera de ficha técnica. Suele usarse para el trastorno por impulsos y del estado de ánimo. Buena tolerancia.	No requiere

	Disminución de la función renal y hepática Miopía y glaucoma Acidosis metabólica Deterioro cognitivo Hiperamonemia y encefalopatía Disminución de peso		
Gabapentina	Infección viral y bacteriana. Somnolencia Mareo Astenia Síntomas digestivos Anorexia Leucopenia Confusión Aumento de la tensión Incontinencia Impotencia Dolor osteoarticular	Su uso como estabilizador está fuera de ficha técnica. Uso en la prevención de manía y depresión.	No requiere

**Tabla de elaboración propia basada en el libro "Guía del prescriptor", S. Stahl, Cambridge, 2018 ⁽³⁰⁾.*

Tabla 6. Checklist del médico de familia para la consulta (sigue en la siguiente pág.)

Medicación	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisión del tratamiento, incluida toda la medicación al menos anualmente y con mayor frecuencia si existen dudas o preocupaciones. ● Comprobar toma de medicación y aparición de efectos indeseables: la adherencia al tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> - Efectos secundarios: <ul style="list-style-type: none"> ○ metabólicos (aumento de peso y diabetes) ○ extrapiramidales (acatisia, discinesia y distonía) ○ cardiovasculares, hormonales (aumento de prolactina) ○ experiencias subjetivas desagradables. ● Respuesta al tratamiento. ● Comprobar la aparición de trastornos del movimiento.
Examen de salud general	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitorización de problemas físicos anualmente que incluya al menos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Peso o IMC y estado nutricional ○ Tensión arterial y frecuencia cardiaca ○ Estado metabólico: glucemia, HbA1c y perfil lipídico. ○ Función hepática ○ Función renal ○ Función tiroidea y niveles de Ca (sobre todo en tomadores de Litio) ○ ECG (sobre todo en tomadores de fármacos que prolonguen el QT) ● Control de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes y enfermedades respiratorias. ● Consumo de tóxicos
Medidas preventivas y terapéuticas orientadas al control de los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de peso. ● Analíticas que incluyan glucemia, perfil lipídico, función renal y hepática. ● ECG por la prolongación del QT y arritmias.

	<ul style="list-style-type: none">● Ofrecer programas de empleo, terapia ocupacional o actividades educativas si no se están ofertando en el segundo nivel asistencial.● Intervenciones sobre el estilo de vida.● Ofrecer ayuda para dejar de fumar.
Apoyo al cuidador y familiares	<ul style="list-style-type: none">● Se ofrecerá apoyo ante las dudas y preocupaciones existentes.

**Elaboración propia a partir de diferentes documentos. (5,9,10,24,26) .*

